

Reste le procédé de Souligoux sans ouverture immédiate des viscéres. On ne peut évidemment en user que lorsqu'il n'y a pas urgence absolue, puisque la communication ne s'établit qu'à la chute des escarres, c'est-à-dire environ quarante-huit heures après l'opération.

En dehors de ces cas, la rapidité de son exécution est séduisante et Bouilly, Picqué, Nélaton, etc., s'en sont faits les défenseurs. Faut-il redire que, pour moi, rien ne vaut une bonne suture sans plaque, ni bouton d'aucune sorte, ce qui permet d'établir une communication immédiate et correcte.

### III

## MALADIES DE L'INTESTIN

Les hernies forment un article spécial qui a plus loin tout le développement nécessaire. Deux affections importantes dominent toute l'histoire des maladies de l'intestin au point de vue chirurgical.

1° L'appendicite,

2° L'occlusion intestinale.

### I. — APPENDICITE.

C'est un fait absolument démontré, à l'heure actuelle, que l'appendice cæcal est l'origine de toutes les inflammations, ou, tout au moins, de la très grande majorité des infections péri-cæcales.

Cette notion, tout à fait récente, nous vient d'Amérique et d'Angleterre et tend de plus en plus, à faire disparaître du cadre nosologique la péritiphylite et l'abcès de la fosse iliaque, tels qu'ils avaient été cliniquement décrits par l'école française, Grisolles en tête.

Je me demande comment des lésions aussi remarquables et aussi fréquentes que celles qu'on rencontre dans l'appendice ont pu échapper si longtemps à l'attention des observateurs ?

Il est probable qu'on se bornait à constater le fait, sans lui attribuer la valeur primordiale qu'il mérite. Je n'en donnerai, comme preuve, que la relation de la maladie historique de Gambetta ; le procès-verbal officiel de l'autopsie est signé par des chirurgiens tels que Verneuil, Lannelongue, etc., et par des médecins comme Siredey, Cornil, etc.

L'appendice est conservé et on peut encore voir très nettement qu'il est ulcéré et perforé. Le procès-verbal de l'autopsie mentionne expressément qu'on a trouvé « une large et profonde infiltration purulente en arrière du côlon et dans la paroi abdominale, ainsi

qu'un léger degré de péritonite généralisée qui s'est produite dans les derniers moments de la vie ».

En présence de ces constatations, tous ces maîtres n'hésitent pas à conclure, et ici je cite encore textuellement, « que toute intervention chirurgicale eût été illégitime et dangereuse ; elle n'eût eu d'autre résultat que d'abrèger la vie ».

Aujourd'hui, il n'est pas un de nos externes qui, en présence de ces lésions de l'appendice, de cette suppuration rétro-cæcale et de cette infection péritonéale récemment généralisée, ne conclurait au diagnostic d'appendicite perforante suivie d'infection, d'abord localisée, puis étendue à tout le péritoine.

Cette autopsie date de quinze ans (1<sup>er</sup> janvier 1883). Dès que l'attention a été attirée sur ce point, les travaux se sont multipliés avec une rapidité extraordinaire et, depuis quelques mois, on peut dire que le monde médical s'est presque exclusivement occupé de cette question. Pendant tout l'hiver 1896-1897, l'Académie de médecine, la Société de chirurgie, la Société médicale des hôpitaux, la Société de biologie et beaucoup d'autres compagnies, de moindre importance, ont eu l'appendicite à leur ordre du jour. La clinique, la bactériologie, le microscope, l'expérimentation ont été mis à contribution et, maintenant que le calme a succédé aux discussions les plus vives, le moment semble venu de mettre au point cette question passionnante.

1° **Étiologie.** — L'appendicite est produite par un très grand nombre de causes variées. Les accidents occasionnés par ces diverses causes se présentent suivant des types à peu près uniformes et il faut bien se garder de conclure de la régularité des formes cliniques à l'unicité de la cause. Avant d'énumérer les nombreux processus qui conduisent aux types cliniques de l'appendicite jetons un coup d'œil sur les statistiques relatives aux influences prédisposantes ; nous étudierons ensuite les causes déterminantes.

**A. Causes prédisposantes.** — 1° *Sexe.* — Il est incontestable que le *sex*e a une influence marquée qui a été déjà signalée dans les premiers travaux sur l'appendicite. Déjà Émile Maurin, dans sa thèse de 1890, cite 78 hommes pour 16 femmes sur 94 cas d'appendicite ; tous les chirurgiens par leur pratique personnelle ont pu faire des remarques analogues. Talamon trouve 80 hommes et 20 femmes sur 100.

Monod (1), dans sa statistique, trouve une proportion un peu plus faible, 63 p. 100 pour les hommes, et 37 p. 100 pour les femmes ; mais la réalité est plus près des chiffres de Talamon, car la statistique de Monod est faussée par ce fait qu'une partie de ses observations vient d'une maison où l'on n'admet que des femmes.

(1) MONOD, *Soc. de chir.*, juillet 1895, p. 498.

Cette disproportion à ce point de vue entre l'homme et la femme m'a frappé dès le début et j'ai réuni, pour les comparer les uns aux autres, 50 appendices pris sur des sujets des deux sexes. Je dois dire que je n'ai pu constater aucun caractère anatomique différentiel qui permît de comprendre la raison de cette prédominance des accidents d'origine appendiculaire dans le sexe masculin.

Ma pratique personnelle est bien remarquable à cet égard. Depuis que je connais l'appendicite, j'ai été appelé 19 fois d'urgence dans les divers hôpitaux de Paris et, sur ces 19 cas, il n'y a pas une seule femme. En joignant mes observations à celles de Peyrot, recueillies à l'hôpital Lariboisière, j'arrive au chiffre de 63, sur lesquelles je trouve 19 femmes opérées à la salle Élisabeth-Roy : cela nous donne une proportion de 30 p. 100 pour les femmes, chiffre plus élevé que celui de Talamon, mais moins que celui de Monod (1).

Il faut remarquer aussi que chez la femme les erreurs de diagnostic sont plus communes, et bien des suppurations pelviennes auxquelles on a attribué une cause salpingo-ovarienne prenaient leur origine dans une affection de l'appendice.

On arrive pourtant à des chiffres analogues en additionnant plusieurs statistiques séparées.

Pravaz, en collationnant 392 observations, n'a compté que 97 femmes, soit 25 p. 100. Le fait n'est donc pas douteux et, cependant, un certain nombre de causes, qu'on signale partout comme prédisposant à l'appendicite, se rencontrent plus fréquemment chez la femme que chez l'homme, telles : la constipation, la cœlite muco-membraneuse.

Il est vraisemblable que si l'homme est plus souvent atteint, il doit ce fâcheux privilège à son genre de vie qui le fait se livrer plus communément à des écarts de régime, à des excès alimentaires et à des travaux ou à des exercices plus violents.

Sans aller jusqu'à dire, avec Robinson (2), que le muscle psoas, par des contractions répétées, peut agir directement sur l'appendice et l'enflammer, il est possible de trouver dans les sports violents, y compris l'abus de la bicyclette, l'explication de la prédominance de ces accidents chez l'homme.

2° *Age*. — De même que pour le sexe, les statistiques sont nombreuses. Sur les 38 malades de Monod, 8 avaient moins de quinze ans et le plus jeune avait quatre ans et demi ; 20 de ces opérés avaient de quinze à trente ans ; le plus âgé avait cinquante-cinq ans.

Fitz a étudié, à ce point de vue, 228 cas et a trouvé la fréquence maxima de dix à vingt ans ; tandis qu'il en trouve 38 p. 100 à cette période de la vie, la proportion n'est plus que de 15 p. 100 de trente à quarante ans, et de 28 p. 100 de vingt à trente. Au-dessous de

(1) Depuis la rédaction de cet article j'ai observé une véritable série d'appendicites dans le sexe féminin.

(2) ROBINSON, *Medical Record*, novembre 1895, p. 756.

vingt ans, l'appendicite devient une rareté ; on cite l'observation de Betz, rapportée par Balzer (1), qui concerne une perforation de l'appendice chez un enfant de sept mois, et celle de Tordeus (de Bruxelles) (2), qui a traité un enfant de six mois. J'ai, pour ma part, opéré et guéri par résection d'un appendice perforé, un vieillard de soixante-dix-huit ans et récemment j'ai perdu une petite opérée de deux ans ; je pense que ce sont là deux extrêmes qui sont rarement atteints.

3° *Hérédité*. — L'hérédité joue un rôle manifeste dans la production de certaines appendicites ; on trouve déjà, dans un des mémoires de Roux, de Lausanne, cette notion que « l'appendicite est fréquemment héréditaire ».

La question a été tranchée dans le même sens à la Société de chirurgie où Brun, Berger, Jalaguier, Quénu, etc., ont cité des observations probantes, et à la Société médicale des hôpitaux où Faisans, Talamon, Rendu, etc., ont rapporté de nombreux faits, tirés de leur pratique ; enfin, Dieulafoy, dans son cours de la Faculté (novembre 1895), et dans son mémoire de l'Académie de médecine (mars 1896) accumule des observations qui montrent, dans la même famille, des ascendants, des collatéraux, des enfants, frères, sœurs, cousins, liés par une même diathèse se manifestant chez l'un par la goutte, chez l'autre, par la gravelle biliaire et urinaire, chez celui-ci par le diabète, chez celui-là par l'obésité, chez d'autres, enfin, par l'appendicite. Nous verrons plus loin l'importance de ces faits pour expliquer la pathogénie de l'affection dans un certain nombre de cas ; bornons-nous, pour le moment, à enregistrer cette notion, que dans 40 p. 100 des appendicites, étudiées par Roux (de Lausanne), au Congrès de chirurgie de 1895, dans une série de plus de 300 observations, l'hérédité était manifeste.

L'appendicite héréditaire, et par conséquent l'appendicite familiale existe donc à n'en pas douter.

Deux théories peuvent donner la raison de ces séries d'appendicites dans une même famille. Talamon, pense que l'on doit incriminer une malformation, « un vice de développement de l'appendice » qui, transmis par hérédité, favorise la production de phénomènes pathologiques dans cet organe. Il est bien possible, en effet, que certains appendices d'une longueur anormale, démesurée, ou courts mais volumineux, avec un orifice cœcal trop large, soient plus exposés à toutes les causes d'infection venant du cæcum, c'est l'opinion de Tuffier (3) ; mais ce n'est là qu'une supposition qui n'a jamais été et ne pourra jamais être vérifiée.

L'hypothèse de Dieulafoy, plus satisfaisante, est basée sur l'obser-

(1) BALZER, *Gaz. méd. de Paris*, 1879, p. 193.

(2) TORDEUS, *Gazette hebdom.*, 1885, p. 772.

(3) TUFFIER, *Soc. de chir.*, 22 janvier 1896, p. 67.

vation clinique ; comme nous le verrons, les calculs appendiculaires sont une des causes communes de l'appendicite ; de là, à rendre l'arthritisme responsable de l'appendicite calculeuse, il n'y avait qu'un pas.

Dieulafoy, après des enquêtes multipliées, a montré que la lithiase appendiculaire est une maladie familiale et héréditaire, tout comme les lithiases biliaires et urinaires. L'appendicite calculeuse est donc d'origine arthritique, ce qui ne veut pas dire que toutes les appendicites sont héréditaires.

Hayem et Le Gendre pensent que la fréquence de cette affection n'est pas en proportion avec le nombre, si considérable, des familles arthritiques ; mais cela n'infirmes en rien les résultats positifs des enquêtes de Faisans et de Dieulafoy. J'ajouterai qu'une autre diathèse, la diathèse tuberculeuse, peut, dans quelques cas, prédisposer, par hérédité, à l'appendicite tuberculeuse, dont l'existence est bien connue maintenant.

4° *Troubles intestinaux.* — Talamon a, dès le début, insisté sur l'influence fréquente de la constipation habituelle ; cette notion est devenue si usuelle que le principal traitement préventif est basé sur l'évacuation régulière du tube digestif ; on en peut dire autant de la qualité et de la quantité des aliments ingérés ; en un mot, tout ce qui peut conduire à cette stase gastrique, sur laquelle Bouchard a tant insisté, prédispose à l'appendicite, comme l'a dit Le Gendre. Il faut comprendre de même l'influence indéniable de l'entéro-côlite, en général, même lorsqu'elle est due à une inflammation, par l'ingestion de substances irritantes.

Enfin, toutes les infections générales à manifestations intestinales, comme la fièvre typhoïde et la tuberculose peuvent agir dans le même sens. On explique ainsi ces épidémies d'appendicites citées par Roux et Goluboff, qui, au début, paraissaient si mystérieuses.

5° *La race.* — On dit partout que certaines races, en particulier la race anglo-saxonne, sont plus prédisposées que d'autres à l'appendicite ; il est certain que c'est d'Amérique et d'Angleterre que nous viennent les statistiques les plus étendues ; cependant, celles de Roux, en Suisse, sont considérables, et je pense qu'en France, même, si on publie moins, les observations se multiplient cependant de plus en plus.

**B. Causes déterminantes.** — 1° *Traumatisme.* — On peut ranger dans cette catégorie tous les exercices violents qui, en dehors du surmenage, agissent directement sur l'appendice ; c'est peut-être ce mode de traumatisme qui est la cause de la fréquence relative de l'appendicite en Angleterre et en Amérique, où tous les sports sont en si grand honneur.

Il n'est pas rare de trouver comme cause occasionnelle, un traumatisme direct.

Legueu (1) a trouvé l'appendice perforé chez un enfant qui, cinq jours avant, avait reçu un coup de pied dans le ventre. J'ai moi-même récemment enlevé à froid l'appendice d'un garçon de dix-huit ans qui avait reçu, deux ans auparavant, un coup de pied de poulain dans la fosse iliaque droite ; il avait eu, depuis cette époque, trois crises d'appendicite et l'organe enlevé était rigide, turgescant, dur comme un crayon ; la muqueuse était boursoufflée et piquetée de petites ecchymoses.

2° *Maladies générales.* — C'est Jalaguier qui a surtout insisté sur ces appendicites survenant à la suite d'une affection générale, sans manifestations ulcéreuses du côté de l'intestin. Je citerai la rougeole, les oreillons, la varicelle, la grippe, etc.

Mais j'appelle surtout l'attention sur la fièvre typhoïde. Depuis que j'ai cette conception dans l'esprit j'ai pu m'assurer plusieurs fois par le séro-diagnostic que la cause de la crise appendiculaire était due à un typhus levissimus, méconnu jusque-là.

3° *Causes banales.* — Parmi ces causes, qu'on trouve dans toutes les étiologies, nous noterons le froid, qui d'après Reclus, paraît jouer un rôle important dans cette question, et le surmenage, qui peut, il est vrai, déprimer l'organisme, mais qui n'a pas d'action bien spéciale sur cette affection.

Voyons maintenant par quel processus toutes ces causes peuvent aboutir à la symptomatologie de l'appendicite, et quelles sont les lésions observées dans l'affection qui nous occupe.

2° *Anatomie pathologique.* — On peut tout d'abord, au point de vue anatomique, établir une grande division permettant d'étudier séparément : 1° le contenu de l'appendice ; 2° les parois de l'appendice ; 3° les lésions extraappendiculaires.

Pour la clarté de la description étudions séparément ces trois divisions :

1° *Contenu de l'appendice.* — A l'état normal, l'appendice est en communication avec le cul-de-sac cæcal. Le cæcum constitue au-dessous de l'abouchement de l'iléon une poche qui n'a de la tendance à se débarrasser de son contenu que sous l'influence des contractions musculaires de ses parois. Cette poche est plus ou moins dilatée suivant les sujets et, dans la plupart des appendicites, elle présente une capacité anormalement développée qu'on apprécie presque toujours au cours des opérations sur l'appendice et que cliniquement on peut reconnaître par le clapotement et le gargouillement.

Cette dilatation du cæcum existe chez les constipés en général et s'accompagne d'une atonie plus ou moins marquée des parois. Ce vaste cul-de-sac cæcal s'ouvre largement et à plein canal par en haut du côté du côlon ascendant. A son extrémité inférieure, il s'ouvre

(1) LEGUEU, Paris, mai 1897.

dans la cavité appendiculaire, de laquelle il n'est séparé que par un repli muqueux, inconstant et par cela même de peu d'importance, la *valvule de Gerlach*.

On conçoit donc qu'au moment où les parois du cæcum se contractent pour expulser leur contenu, il y a du côté de l'appendice une poussée qui peut avoir pour effet de faire pénétrer une partie de ce contenu dans la cavité appendiculaire.

Au point de vue microbiologique il est bien clair qu'il y a identité absolue entre le contenu de l'appendice et celui du cæcum. De même, tous les résidus, tous les corps étrangers, tous les calculs contenus dans le cæcum pourront se rencontrer dans la cavité de l'appendice pourvu que leur volume leur permette l'accès de cet organe. Faire l'énumération des microorganismes rencontrés dans le vermium, c'est étudier toute la flore bactérienne de l'intestin.

En dehors de cette *migration cæcale* on peut observer des concrétions autochtones, développées dans la cavité même de l'appendice. Nous avons donc dans l'étude du contenu de l'appendice enflammé à considérer :

A, l'examen microbien; B, les corps étrangers.

Étudions séparément ces deux paragraphes distincts.

A. *Microbiologie de l'appendicite*. — Normalement, nous l'avons dit, le contenu de l'appendice vermiforme comprend toute la flore microbienne de l'intestin; il n'est donc pas étonnant qu'en cas d'appendicite on ait signalé des microorganismes les plus variés, le staphylocoque, le streptocoque, le pneumocoque, le bacille de Koch, etc.

Mais c'est, bien entendu, le bacille du côlon qu'il faut mettre en tête de la liste.

Je renvoie à ce que j'ai dit plus haut à propos des infections péritonéales (1), de l'influence prépondérante du colibacille. Dans beaucoup d'appendicites on l'a trouvé seul, et, toutes les fois qu'on a rencontré d'autres microorganismes, tels que le streptocoque, le staphylocoque ou le bacille de Koch, ils étaient toujours associés au bacille du côlon. On peut en somme dire, au point de vue microbiologique, que l'infection appendiculaire est souvent polymicrobienne, mais que le colibacille joue toujours un rôle primordial ou accessoire suivant les cas. Encore est-il que par les cultures il est impossible de déterminer exactement quel est celui des microbes reconnus qui a joué le principal rôle dans la pathogénie des accidents.

On sait en effet que le plus souvent dans les cultures c'est le colibacille qui, proliférant, copieusement étouffe et masque les pullulations du streptocoque; et cela ne veut pourtant pas dire que dans l'appendice le streptocoque a été plus innocent que le bacille du côlon.

(1) GUINARD, *Traité de chir. clin. et opér.*, t. VII, p. 246.

Il faut signaler ici l'actinomycose, qui a été citée comme une cause possible d'appendicite.

Ransom et Gangolphe, l'un en 1891 (1), l'autre en 1896 (2), ont écrit sur les actinomyces de l'appendice.

Grill, en 1895, a publié en Allemagne sur les formes abdominales de l'actinomycose un mémoire qui ne compte pas moins de 111 observations.

A part celles de Ponfick, de Soltmann, Rotter, Illich, Wassilieff, qui concernent l'œsophage, l'intestin grêle, le côlon et le rectum; à part aussi l'une des quatre observations personnelles de Grill, qui a rapport à l'estomac, c'est toujours dans le cæcum et l'appendice que se localise l'actinomycose.

Nous allons revenir sur ce point, en parlant des corps étrangers et en étudiant la migration des microorganismes à travers les parois de l'appendice.

L'école de Lyon, et surtout Poncet, méritent, en France, une place à part dans l'étude de l'actinomycose. Je renvoie, pour tous les détails relatifs aux localisations abdominales de l'actinomycose, aux travaux, publiés par Poncet et Bérard, de Lyon (3).

B. *Corps étrangers*. — Depuis longtemps, on a été frappé de la présence, relativement fréquente, des corps étrangers dans la cavité de l'appendice; mais les notions exactes sur la nature et l'origine de ces corps étrangers ne sont précisées que depuis peu.

Au début, on prenait, pour des noyaux de fruits, la plupart des calculs de l'appendice et, de fait, certains calculs, comme ceux que nous allons décrire, en parlant de la lithiase appendiculaire, ont, à s'y méprendre, la forme et l'aspect de noyaux.

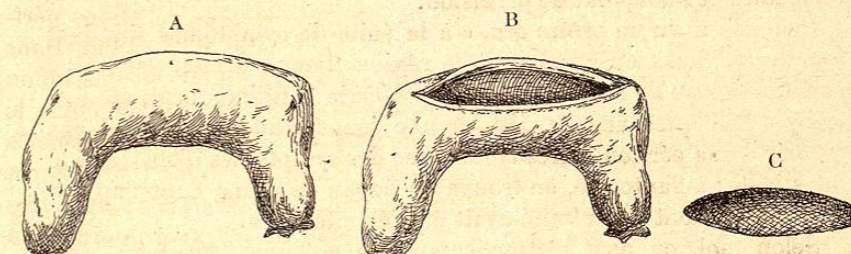


Fig. 41. — A, Appendice intact après l'ablation; B, Le calcul C apparaît en place après l'incision; C, Le calcul C avait donné la forme en U à l'appendice.

Je représente ici un corps étranger que j'ai rencontré chez un malade du service de Peyrot, fig. 41. Son aspect était si trom-

(1) RANSOM, *Roy. med. and surg. Soc.*, novembre 1891.

(2) GANGOLPHE, *Soc. des sc. méd. de Lyon*, novembre 1896.

(3) BÉRARD, *Revue très complète (Gaz. des hôp., mars 1896, p. 290)*. — PONCET et BÉRARD, *Traité de l'actinomycose humaine*, Paris, 1898.

peur que tous les assistants ont poussé simultanément la même exclamation : « Tiens, un noyau de datte ! » Il a fallu un examen attentif pour montrer qu'il s'agissait d'un calcul véritable.

Mais voici qui est plus extraordinaire et plus instructif : le 29 août 1897, en opérant à Vaucresson une petite malade soignée par Landrieux et Gilles (de Garches), j'émettais l'opinion qu'on ne trouvait jamais de noyaux de fruits dans l'appendice. Landrieux nous disait, contrairement à cette assertion, qu'il y avait autrefois trouvé de véritables noyaux dans des autopsies. Quel ne fut pas mon étonnement lorsque, au cours même de cette discussion, je fis sortir par mon incision un corps étranger qui avait si bien l'aspect d'un noyau de cerise que j'en restai bouche close. Une fois la petite opérée replacée dans son lit et réveillée, je pris le prétendu noyau de cerise pour l'examiner attentivement au grand jour. Tous les assistants, comme moi d'ailleurs, continuèrent à croire qu'il s'agissait bien d'un noyau. Par bonheur, je m'entêtai à vouloir le diviser en deux moitiés, et nous vîmes alors très clairement que la masse était pleine et constituée par des sels formant des couches concentriques. Je crois pouvoir affirmer que la plupart des corps étrangers de l'appendice qui ont été décrits jusqu'ici comme des noyaux de fruits, n'en avaient que la forme. On voit que malgré l'idée très préconçue que j'avais et mon opinion ferme sur ce point, j'ai failli y être trompé avec Landrieux, Gilles et les parents de l'enfant.

Je crois que, en réalité, il est absolument exceptionnel de trouver, dans l'appendice, des noyaux des fruits ; on cite pourtant des pépins ; des noyaux de cerises, des graines de courges, des noyaux d'olives, etc., mais il est à remarquer que toutes ces observations sont anciennes et manquent de précision.

Penckock a vu un prêtre qui, « à la suite de symptômes simulant une hernie, avait eu un abcès à la région iliaque droite, par lequel sortit un noyau de cerises », et Henry Morris (d'Édimbourg), ajoute : « Il y a quelques années, j'ai vu une jeune dame de dix-huit ans mourir d'une péritonite très aiguë avec des symptômes d'obstruction intestinale ; à l'autopsie, on trouva un noyau de prune dans l'appendice cæcal, dont l'extrémité avait été détruite (1). »

Selon moi, on peut n'attacher aucune créance à ces faits, déjà anciens, malgré la bonne foi, hors de cause, des observateurs.

L'histoire des malades dont j'ai parlé plus haut me fortifie dans cette conviction ; il y a quinze ans, je le répète, ces calculs, trouvés à l'autopsie d'un appendice, auraient été certainement étiquetés : noyau de datte et noyau de cerise.

Il est impossible d'admettre qu'un noyau de quelque volume puisse pénétrer dans l'appendice, et c'est en vain que, sur le cada-

(1) PENCKOCK, in Henry MORRIS, *Encycl. intern. de chir.*, Paris, 1886, t. VI, p. 341.

vre, j'ai essayé de faire franchir l'orifice cæcal à des noyaux quelconques ; c'est tout juste si un grain de blé, un petit plomb de chasseur, un pépin de raisin, pénétrera à frottement. Dans une observation de Poland, une jeune fille de douze ans, morte « d'une péritonite suppurée, très étendue », avec ulcération de l'appendice vermiforme avait, dans l'appendice, « un petit corps en plomb qui était en train de se frayer un passage à travers lui ».

Il est à remarquer que, depuis quelques années, malgré les interventions si nombreuses, on n'entend plus parler des gros noyaux de fruits. On cite des débris d'aliments, tels qu'un morceau de truffe, ou un ongle de patte de mauviette ou encore un crin de brosse à dents. On verra plus loin que j'ai trouvé deux soies de couenne de lard.

Sur nos soixante-trois premières laparotomies pour appendicites, nous n'avons trouvé, Peyrot et moi, aucun corps étranger de ce genre. Reclus disait, en avril 1897, que sur plus de cinquante appendices qu'il a enlevés « il ne lui est jamais arrivé d'y trouver un noyau de fruit ».

Quels sont donc ces corps appendiculaires, qui simulent ainsi des noyaux de fruits ? Ce sont : 1° des *boulettes de matières fécales plus ou moins durcies*, des *concrétions fécales* ; 2° de *véritables calculs*.

1° *Concrétions fécales*. — Au cours des autopsies, il est très commun de rencontrer dans un appendice, absolument normal, de petites boulettes fécales qu'on fait sortir, à volonté par la pression, de l'appendice vers le cæcum ; il faut donc admettre que la présence de ces petites scybales ne provoque pas forcément les accidents de l'appendicite. J'en ai trouvé, pour ma part, 15 fois sur 100 appendices sains, pris au hasard ; on ne sera donc pas surpris d'en rencontrer dans des appendices malades, sans qu'il y ait, pour cela, à établir une relation de cause à effet, entre la concrétion fécale et l'appendicite.

Sur les 72 observations de Matterstock, il y avait 63 « pierres fécales » et 9 corps étrangers, proprement dits, et, en additionnant cette statistique avec celles de Krafft, de Fitz, de Fenwick et de Le Guern (1), on arrive à un total de 500 observations sur lesquelles 237 fois le corps étranger était constitué par des matières stercorales concrétées, ce qui fait, au pourcentage, 47 fois des concrétions fécales pour 100 corps étrangers. Je crois même que cette proportion est trop élevée et que, dans bon nombre de cas, on a pris pour des scybales de véritables calculs.

Ces scybales se présentent sous des formes diverses ; parfois jaunâtres et molles, elles se laissent écraser très facilement et il n'y a aucun doute possible sur leur nature ; mais souvent, elles sont dures et grenues à la coupe, au point qu'il est impossible de les distinguer

(1) LE GUERN, thèse de Paris, 1893.